F. Simon
München
1910

Aus der kgl. Universitäts-Frauen-Klinik.
Direktor: Prof. Dr. Doederlein.

Über die Bedeutung zurückgebliebener Placentarteile für die Mortalität der septischen Wochenbett-Erkrankungen.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfasst und

einer hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Felix Simon, Medizinal-Praktikant
aus Frankfurt a. O.

ACAD
LMU BIBL

München 1910.
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät München.

Referent: Prof. Dr. Doederlein.

Dekan: Geheimrat Prof. Dr. v. Bauer.

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit
gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545805_0141

Auf der XIII. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, abgehalten zu Strassburg in Els. vom 2.—3. Juni 1909, hat Prof. Winter, Königsberg, in seinem Referate: Über die lokale Behandlung der puerperalen Infektionskrankheiten einen Standpunkt vertreten, der ihn mit den meisten Geburtshelfern in Widerspruch setzt und — wenn allgemein anerkannt — geeignet ist, grosse Umwälzungen auf dem Gebiete der Therapie der septischen Wochenbettserkrankungen hervorzurufen. Der Kern der Winter'schen Ausführung ist der, dass aus einem einfachen Resorptionsfieber kaum eine septische Allgemeinerkrankung hervorgehen kann, dass also auch von verjauchten, im Uterus zurückgebliebenen Placentarteilen eine allgemeine Secundärinfektion nicht zu fürchten ist. Viel wichtiger ist es, den sich an der Insertionsstelle der Placenta bildenden Leukocytenwall nicht zu verletzen, um nicht durch das Hineindrücken der Keime in die offenen Blut- und Lymphbahnen eine Sepsis des ganzen Körpers hervorzurufen. Er rät also, zurückgebliebene Placentarreste ruhig der Sponatausstossung zu überlassen, da die Gefahr, die von ihnen ausgehe, viel geringer anzuschlagen sei, als die Gefahr einer direkten Gewebsinfektion durch die Hand des Operateurs.

Schon im Dezember 1904 auf den Verhandlungen der Ostwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie war Winter gelegentlich der Diskussion über einen Vortrag Radtkes mit dieser seiner Meinung hervorgetreten; den Beweis sucht er jetzt durch ein umfangreiches statistisches Material zu führen. Während fast allgemein die Ansicht verbreitet ist, dass durch retinierte Placentarstücke schwere, sogar tötliche Infektionen hervorgerufen würden, und nur sehr wenige Autoren anderer Meinung sind, hat er aus seinem Material einen ganz anderen Schluss gezogen:

Von 22 Fällen von Placentarretentionen, die Winter zur Verfügung standen, verlief einer mit spontaner Ausstossung innerhalb dreier Tage unter leichtem Fieber. 13 Fälle waren vollständig fieberfrei von 3—63 Tagen; nach dieser Frist wurde die Ausräumung vorgenommen und es lässt sich natürlich nicht mit Bestimmtheit behaupten, wie Winter selbst sagt, ob sie es weiter geblieben wären, wohl dürfe man es aber nach der langen Dauer der Fieberlosigkeit bestimmt annehmen. Winter zieht aus diesen

Erfahrungen den Schluss, dass ein Placentarrest, solange er nicht berührt würde, kaum ein schweres Puerperalfieber erzeugen könne.

Ausserdem hat Winter versucht, auf andere Weise diese Behauptung zu stützen. Er fand bei der Durchsicht der Sectionsprotokolle aller an Puerperalfieber verstorbenen Wöchnerinnen unter 55 Fällen nur 6, wo bei der Obduktion ein Placentarrest zu konstatieren war; dies entspräche einem Proc.-Satz von 11%. Unter diesen 6 Fällen jedoch findet Winter 4, bei denen die Infektion nachweislich von anderen Orten ihren Ausgang nahm, wogegen die Placentarstelle vollständig frei war. Die übrigen 2 Fälle, bei denen die Sepsis anatomisch von den Placentarresten ausging, hatten schon intra partum schwer gefiebert und waren künstlich entbunden worden, sodass auch bei ihnen kaum die Placentarreste als Todesursache zu beschuldigen seien.

Bei Winter heisst es: „Fassen wir das Resultat unserer eigenen Beobachtung zusammen, so zeigt sich, dass das tatsächliche Material keineswegs der allgemein verbreiteten Anschauung recht gibt, dass retinierte Placentarstücke bei gleichzeitiger Zersetzung häufig zu schweren Puerperalfiebern führen, sondern dass die Zersetzung gänzlich fehlen oder recht wohl im Uterus lokalisiert bleiben kann, bis die Placentarstücke sich spontan eliminiert haben. Die Bedeutung des retinierten Placentarstückes und seine Beziehungen zur Entstehung von puerperaler Infektion hat man sich mit m. E. so vorzustellen: Wenn keine primäre Gewebsinfektion eingetreten ist, so wird in einer Reihe von Fällen das Placentarstück spontan eliminiert, ohne das Zeichen der Zersetzung und Resorptionen aufgetreten sind. In der Mehrzahl der Fälle wird sich eine lokale Zersetzung mit Resorptionserscheinung einstellen, nachdem die Bakterien (Saprophyten u. Streptokoccen) in der Uterushöhle eingedrungen sind und sich im Placentarstück angesiedelt haben. Wie an der Uteruswand, bildet sich an der Insertionsstelle der Placentarstelle ein Demarkationswall (ob auch im Placentargewebe steht dahin), welche dem Vordringen der Streptokoccen und der Resorption Schwierigkeiten macht. Der Prozess bleibt lokal, wenn genügende lokale Reaktion eingetreten ist. Jede frische Wundfläche gibt Gelegenheit zur Resorption; da spontane Eliminationsversuche immer eintreten, so können sich secundäre Infektionen anschliessen, wenn die Virulenz der Streptokoccen sich gesteigert hat; die klinische Erfahrung lehrt, dass dies bei spontaner Elimination selten ist, während es, wie wir

später sehen werden, bei künstlichem Entfernen der Placentarstücke leider sehr häufig ist".

Die logische Consequenz, die Winter aus dieser Erfahrung zieht, ist, dass er rät, die manuellen Ausräumungen des Uterus wegen zurückgebliebener Placentarteile — abgesehen von den Fällen, wo starke Blutung die Indikation zum Eingreifen gibt — auf ein Minimum zu beschränken. Für wie gefährlich er ausserdem die manuelle Placentarlösung hält, dafür führt er wiederum eine Reihe von Fällen aus seiner Klinik an: Unter 22 Fällen nach reifer Geburt, wo die Ausräumung wegen retinierter Placentarteile unter allen aseptischen Kautelen vorgenommen wurde, waren fieberfrei 7 Fälle.

An leichtem und schwerem Resorptionsfieber und Endometritis erkrankten 7 Fälle.
An Parametritis 4 Fälle.
An Pyaemie 4 Fälle.

Von diesen Fällen kamen 2 Pyaemien ad Exitum. 13 Kranke waren vorher völlig fieberfrei, die übrigen 9 fieberten zwar (Resorptionsfieber), boten aber nicht die Zeichen der schweren Infektion.

Wegen dieser schlechten Resultate warnt Winter nachdrücklichst vor der manuellen Ausräumung; er spricht sein Bedauern darüber aus, dass bis jetzt noch nicht genügend grössere Arbeiten über den Verlauf des Wochenbetts nach Entfernung von Placentarteilen vorliegen, um einen endgültigen Schluss zuzulassen, ob die aktive oder die abwartende Behandlung der Placentarretention bessere Resultate erziele.

Zu den selben Resultaten und Schlüssen kommt Richard Puppel, der seine Untersuchungen an dem gleichen Material wie Winter gemacht hat. Puppel führt ausserdem noch 2 Fälle an, die beweisen sollen, dass die retinierten Placentarreste ausgestossen werden können: In einem Falle wurde am 3. Wochenbettstage spontan eine handtellergrosse, sehr übelriechende Nebenplacenta ausgestossen; das Wochenbett war normal. Bei dem 2. Fall wies die Placenta einen markstückgrossen flachen Defekt auf, trotzdem war das Wochenbett vollständig fieberfrei und die Wöchnerin konnte, ohne dass ein Abgang bemerkt wurde, am 10. Tage entlassen werden.

Ausser Winter und Puppel sind es noch einige andere Autoren, die das Zurückbleiben von Placentarteilen nicht für absolut infaust halten und infolgedessen ein abwartendes Verhalten u. U. vorschlagen.

So gibt Richard an, man solle bei retinierten Placentarteilen ruhig abwarten, solange die Placentarretention keine Erscheinung mache. Allerdings sei eine genaue Beobachtung der Wöchnerin unerlässlich. Im übrigen solle man die spontane Ausstossung abwarten.

Tissier ist der Ansicht, dass verhältnismässig häufig Placentarteile zurückbleiben, ohne dass die geringsten Symptome darauf hindeuten. Er selbst habe sogar die Ausstossung eines Placentarstückes 69 Tage nach der Geburt bei fieberfreiem Wochenbette beobachtet.

Beatus rät zu entfernen was angängig, der Rest dürfe ruhig spontan ausgestossen werden.

In seinem Lehrbuch der Geburtshilfe (Leipzig 1855) nennt uns Hohl auch einige Autoren der damaligen Zeit, die sich für das passive Verhalten entschieden hatten, während Hohl selbst dringend empfiehlt, zurückgebliebene Placentargewebe zu entfernen. Es sind dies nach seiner Angabe: Levret, Röderer, Wrisberg, v. Siebold, u. a. m. Während er zu seiner Richtung zählt: Boer Busch, Meissner, Grenser u. a.

Ausserdem finden sich in der Literatur noch vereinzelte Angaben über Fälle von Retention der ganzen Placenta oder einzelner Teile, ohne dass es zu schweren Erkrankungen der Wöchnerinen gekommen wäre. So berichtet Seulen über einen Fall, bei dem 4 Tage nach der Geburt die Spontanausstossung der gesamten Placenta erfolgte, ohne irgendwelche Störungen des Wochenbetts zu verursachen.

Hegar sah einmal einen Fall von Retention eines Placentarrestes, den er 4 Wochen nach der Geburt entfernte, die Wöchnerin war vollständig fieberfrei.

Noch andere Beobachtungen dieser Art von Tissier, Aepli, Wüstefeld, Novi u. anderen, berichtet Richard Puppel in seiner schon erwähnten Arbeit über Eihaut und Placentarretention.

Der allgemeine Standpunkt in der Geburtshilfe im Bezug auf Placentarreste ist jedoch von jeher, wie auch Winter betont, der, dass zurückgebliebene Teile der Placenta eine schwere Gefahr für das Leben der Wöchnerin bedeuten, und dass — abgesehen von Blutungen — ein verjauchter Placentarrest nicht selten zu septischer Allgemeinerkrankung und somit oft zum Tode der Wöchnerin führt.

Schon in der vorantiseptischen Zeit ist diese Anschauung die weitverbreitetste und so entbehrt auch eine Arbeit von Ch.

Hüter nicht allen Interesses, die im Jahre 1865 über Mutterkuchenreste und die Behandlung der Folgeerscheinungen erschien. Es heisst da unter anderem wörtlich:

„. . . . . Alsdann können auch die Erscheinungen eines Fiebers von nervös-faulichtem Charakters sich hinzugesellen, dabei pflegt eine sehr übelriechende Absonderung aus der Gebärmutter stattzufinden. Der Geruch ist so durchdringend, dass er nicht leicht zu beseitigen oder zu verbergen ist und so charakteristisch, dass jeder Geburtshelfer, welcher nur einen solchen Fall beobachtet hat, denselben Geruch in jedem andern Fall leicht wieder findet."

Und an einer anderen Stelle über die Prognose sagt er: „Stellen sich hiebei dann und wann Blutabgänge, wobei das Blut dann aufgelöst ist, auch andere Absonderungen in erhöhtem Masse z. B. Durchfälle, profuse Schweisse ein, so kann der Tod eintreten, ohne dass der Mutterkuchenrest ausgeleert wird. Sind die Nachwehen bald nach der Geburt ziemlich kräftig, so kann die Austreibung eines Mutterkuchenrestes bald erfolgen und wenn die Blutabgänge nicht bedeutend sind, der Ausgang des Wochenbetts ein günstiger sein. Erfolgt aber die Austreibung des Mutterkuchens erst, nachdem infolge der Blutflüsse die Kräfte erschöpft und colliquative Ausleerungen eingetreten sind, so ist selten völlige Erholung der Wöchnerin zu erwarten. Auch nach Abgang der Mutterkuchenreste kann bei Entmischung des Blutes grosse Schwäche, der Tod eintreten. Wenn Hohl der Meinung ist, dass manche Frau mit dem Mutterkuchen zu Grabe getragen wurde, so ergibt sich aus den hier vorliegenden Beobachtungen, dass manche Frau durch einen Mutterkuchenrest, gleichviel ob er gross oder klein ist, zu Grunde gerichtet wird."

Ueber die Behandlung und die Indikation zum Eingreifen schreibt er weiter: „Die Behandlung der Mutterkuchenreste richtet sich nach der Zeit und den Umständen.

Wird man nach dem Abgang der Nachgeburt durch die vorgeschriebene Untersuchung davon unterrichtet, dass noch ein Rest des Mutterkuchens zurückgeblieben ist, so ist es im allgemeinen zu raten, dass man gleich die Hand in die Gebärmutter einführt, den Rest aufsucht, löst und entfernt. Man sichert dadurch die Entbundene vor allen Folgen, welche nach Mutterkuchenreste einzutreten pflegen, als heftige Nachwehen, Blutflüssen Fieberbewegungen . . . . . .

Bekommt man erst bei Abgang eines Mutterkuchenrestes Kenntnis von diesem Fehler, so hat man eine genaue Untersuchung vorzunehmen, um zu erkennen, ob noch ein Teil zurück sei oder nicht. Im letzteren Falle sind allein aromatische Einspritzungen (z. B. von einem Infus. flor. Chamomillae vulgar.) in die Gebärmutterhöhle zu machen. Entdeckt man aber noch einen Rest, so muss man nur dann auf seine Entfernung bedacht sein, wenn Nachwehen, Blutflüsse vorhanden sind . . . . .

Es lässt sich nämlich hoffen, dass, wenn ein Teil freiwillig ausgeleert ist, auch die übrigen ohne manuellen Eingriff gelöst und ausgeleert werden. Lässt die Absonderung ein wenig nach und zieht sich die Gebärmutter mehr zusammen, so ist die Auflösung der Reste anzunehmen."

Weiter unten heisst es: „Sind Entzündungssymptome eingetreten, so darf man den Gebrauch der Blutegel und der erweichenden Einspritzungen nicht vernachlässigen, muss aber doch zur Entfernung der Mutterkuchenreste schreiten, wenn sich hoffen lässt, dass der Versuch noch den Zweck erreichen werde. Denn ohne Entfernung des Mutterkuchenrestes lässt sich die Entzündung, die nur Folge jenes Fehlers des Mutterkuchens ist, nicht beseitigen".

Diese letzt ausgesprochene Ansicht Hüter's über die Gefährlichkeit zurückgebliebener Placentarteile ist auch heute die weitverbreitetste unter den Geburtshelfern. Interessant ist, dass Hüter unter Umständen auf die „Auflösung" der Mutterkuchenreste warten will und dann auch sein Vorschlag, unter gegebenen Bedingungen nicht in den Uterus einzugehen, sondern auf die Spontanelimination der Reste zu warten; freilich aus anderen Gründen als die Winter's und seiner Anhänger.

Unter den modernen Geburtshelfern, die nach diesem Standpunkt ihr Verhalten richten, warnt Hegar davor, allein einem zurückgebliebenen Placentarrest alle Erscheinungen einer etwa ausbrechenden Pyaemie zuzuschreiben, und in Betracht zu ziehen, dass vielleicht doch in vielen Fällen die vorausgegangene künstliche Entbindung die Ursache der septischen Erkrankung bilden könne.

Auch Ahlfeld rät bei Fieber von einer Lösung der retinierten Placenta ab und schlägt anstatt dessen die Tamponade vor.

Die übrigen Autoren sehen in der Entfernung etwa zurückgebliebener Placentarteile die einzig richtige Therapie und empfehlen sogar, wie Bumm, Hofmeier, Strassmann, bei dem

geringsten Zweifel an der Vollständigkeit der Placenta das Eingehen in den Uterus und die manuelle Austastung zu diagnostischen Zwecken. So hat es denn auch an Entgegnungen auf die Meinung Winters nicht gefehlt und im 65. Band der Zeitschrift der Geburtshilfe und Gynäkologie wendet sich Ernst Puppel in einer Arbeit über „Retention von Eihäuten und Placentarresten als Ursache des Wochenbettfiebers" gegen die Ausführungen Richard Puppel's und sucht an der Hand von ihm beobachteter Fälle zu beweisen, wie gefährlich zurückgebliebene Placentarteile seien und dass ihre sofortige Entfernung für das Leben und die Gesundheit der Wöchnerin eine dringende Notwendigkeit sei.

E. Puppel bringt auch 6 Fälle, bei denen seiner Ansicht nach zurückgebliebene Eihautreste septische Zustände hervorgerufen hätten, und die durch sofortiges energisches Eingreifen, bestehend in manueller Entfernung der Eihäute, vor einem traurigen Ausgang bewahrt geblieben wären. Bei Fällen von Placentarretention muss man auf jeden Fall ausräumen, nur zu spät dürfte dies nicht geschehen. Auf diese Ursache führt er auch den letalen Ausgang zweier von R. Puppel mitgeteilten Fälle mit und meint, dass nicht allein die manuelle Lösung am Tode der Wöchnerin schuld sei, sondern der Umstand, dass sie nicht rechtzeitig vorgenommen wäre. Er selbst hält die manuelle Ausräumung für nicht so gefährlich und eine Propagierung der septischen Keime durch die Operation für nicht zu fürchten. Als Beweis für seine Behauptung führt er 13 Fälle von Placentarretention an, bei denen es zu einem septischen Fieber gekommen sei und die alle nach digitaler Entfernung des Restes geheilt seien. Von Interesse dürfte ein von ihm mitgeteilter Fall sein, weil es im Anschluss daran auch zu einem gerichtlichem Sachverständigenurteil kam.

E. Puppel berichtet drüber: „Im August wurde ich über Land zu einer fiebernden Wöchnerin gerufen. Der behandelnde Arzt berichtete mir, dass die Entbindung ohne Hebamme verlaufen sei, das Kind sei tot zur Welt gekommen. Die Hebamme habe die Nachgeburt als vollständig befunden. Jetzt fiebere die Frau und könne schlecht sehen. Nach Angabe der Hebamme habe die Frau sich schon vor der Entbindung schlecht gefühlt. Der Temperaturzettel weist eine Temperatursteigerung am ersten und den folgenden Tagen auf. Jetzt am 5. oder 7. Wochenbettstage bestehen 39.5°, Puls 100. Die Frau ist bei Bewusstsein, sieht aber nichts. In der Vorderkammer beider Augen sieht man dicken

gelben Eiter. Auf meine Frage nach der Placenta sagt die Hebamme, „die war vollständig".

Der Uterus ist infolge langanhaltender Stuhlverstopfung nicht von aussen durchzufühlen. Bei der unter peinlichster Asepsis vorgenommenen Austastung finde ich einen faustgrossen Placentarrest, nicht riechend aber in Zersetzung begriffen. Uterusspülung. Secale. Am nächsten Morgen Transport nach der Klinik, wo der Augenarzt Dr. H . . . . eine doppelseitige Endophtalmitis septica feststellt. Durch Scleralpunktion war die Sehkraft nicht zu retten, doch ist Pat. am Leben erhalten worden".

Puppel hat sein Gutachten in diesem Falle dahin angegeben, dass ein Zusammenhang zwischen der Retention des Placentarstückes und der septischen Augenerkrankung bestanden habe, während der andere Sachverständige behauptete, dass die Frau schon vor der Entbindung an Influenza erkrankt sei, in deren Verlauf sich die Augenentzündung eingestellt habe. Puppel hält diese Behauptung für durch nichts bewiesen und rät im Anschluss an diesen Fall, bei Placentarretention es gar nicht zu Fiebererscheinungen kommen zu lassen, sondern sofort nach gestellter Diagnose die Ausräumung vorzunehmen, ob die Frau Krankheitserscheinungen biete oder nicht. Ein ähnliches Gutachten über retinierte Placentarstücke und ihre Schädlichkeit gibt Küstner ab: „ . . . . . Soferne aber die pyogenen Mikromen an totem Gewebe am Organismus einen günstigen Nährboden finden, so können die zurückgebliebenen Nachgeburtsreste einen günstigen Einfluss auf die Vermehrung der pyogenen Mikromen ausüben; vielleicht auch auf die Virulenz. Die Nachgeburtsreste stellen also nur einen die Wirkung der pyogenen Mikromen potenzierenden Faktor dar. Da es uterine Infektionen mit pyogenen Spaltpilzen gibt, welche ausheilen, so ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass in einem gegebenen Falle durch die Nachgeburtsreste eine Steigerung der Wirkung der Eiterpilze bis zur Tötlichkeit stattfinden kann".

Da also nach dem vorhergehenden die meisten Autoren die aktive Behandlung zurückgebliebener Placentarteile für richtig halten und praktisch ausüben, möge es mir gestattet sein, bevor ich auf meine eigene Untersuchung eingehe, noch einige Worte über die Prognose der manuellen Ausräumung zu sagen. Winter bemerkt, dass über den Verlauf des Wochenbetts nach Placentarausräumungen noch wenige Arbeiten vorlägen, ich habe mich bemüht aus der Literatur einiges über diesen Punkt herauszu-

suchen und dabei zeigt sich, dass auch die Meinung und die Erfahrungen über die Prognose der manuellen Ausräumung weit auseinandergehen. Während die einen Autoren die manuelle Entfernung von Placentarteilen — leider ist die Trennung zwischen Zurückbleiben der ganzen Placenta und einzelner, vielleicht faulender, Reste fast nirgends durchgeführt — für eine lebenssichere Operation halten, finden andere eine hohe Mortalität und Morbilität als Folge dieses Eingriffes.

Adler und Kraus beobachteten unter 161 Fällen, wo die Placentarlösung der einzige Eingriff war, 4 febrile Fälle, was einer Morbilität von 2,8 % entspricht. Die Mortalität ist gleich 0.

Nach Olshausen stellt die Placentarlösung die gefährlichste Operation dar.

Vogel fand eine Mortalität nach manueller Lösung von 5 %, nach Abzug aller anderer Todesursachen. Sein Material stammt aus den Kliniken Leipzig, München, Berlin und Marburg.

Straube fand eine Mortalität von 2,89 %.

Nach Seyfarth fand sich unter 79 Fällen, wo manuell in den puerperalen Uterus eingegangen wurde, 20 mal Placentarreste. Er findet eine Morbilität von 50 %, darunter sind 30 Fälle schwer erkrankt.

Andreas sah in 87 Fällen, bei denen manuell in den Uterus eingegangen wurde, 48 mal Fieber auftreten.

Münnekehoff sah unter 16 Placentarlösungen 2 mit tötlichem Ausgang, während Mattheus unter 17 manuellen Lösungen keinen Todesfall und keinen Fieberfall fand.

Ahlfeld nahm unter 5600 Geburten 32 „Revisionen" der Uterushöhle vor, während er ausserdem noch in 35 Fällen wegen Retention der Placenta in den Uterus einging. Von diesen erstgenannten 32 Fällen verliefen fieberlos 16 (50 %)

mit leichtem Fieber 11 (34,4 %)

mit längerem Fieber 5 (15,6 %)

ausserdem hat er unter sämtlichen 69 Fällen 4 Todesfälle zu verzeichnen; von diesen waren jedoch 3 vorher infiziert und einer zuhause untersucht.

Aus diesen wenigen Angaben aus der Literatur über Placentarlösung und Ausräumung und Auskratzung des puerperalen Uterus lässt sich natürlich mit Sicherheit eine bestimmte Prognose für den Ausgang dieser Operation nicht stellen, da ja fast alle Autoren zu verschiedenen Resultaten gelangt sind, teils aus der Beobachtung eigener Fälle, teils aus der Zusammenstellung

schon vorhandenen Materials. Jedenfalls geht aus ihnen hervor, dass die von Winter angeschnittene Frage nach der Gefährlichkeit zurückgebliebener Placentarteile von grosser Bedeutung und einer ausführlichen Behandlung und Erörterung wert ist, und dass seinen Worten die grösste Beachtung geschenkt werden muss, wenn er sagt: „Die Fälle sind nicht selten, wo die zur Bekämpfung der Fäulnis unternommene Entfernung der Wöchnerin anstatt der Gesundheit schwere Erkrankung und Tod bringt. Es steht dahin, ob die sicher und allein auf Retention der Placenta zurückführende tötliche Infektion häufiger ist, oder diese durch Placentarausräumung künstlich herbeigeführte; nach meiner Ansicht ist die Letztere bei weitem häufiger".

Ich habe nun dem Beispiele Winters folgend die Obduktionsprotokolle, der an puerperalen septischen Erkrankungen verstorbenen Wöchnerinnen durchgesehen, inwiefern Placentarreste vorhanden waren und wieweit sie für den letalen Ausgang verantwortlich gemacht werden konnten. Durch die Liebenswürdigkeit der Herren Prof. Borst und Priv.-Doc. Dr. Oberndorfer war es mir möglich, mein Material etwas grösser zu gestalten. So habe ich im Krankenhaus r. J. die in den letzten 10 Jahren v. Jahre 1900—1909 zur Obduktion gekommenen Fälle benutzt, während ich aus dem pathologischen Institute der k. Universität die Fälle der letzten 5 Jahre 1905-1909 zu meiner Statistik verwendete. Meiner Arbeit zugrunde gelegt habe ich aus den genannten Instituten und Jahren einmal alle Fälle, die an puerperaler Sepsis, Pyaemie, Peritonitis und Parametritis zugrunde gegangen sind; ferner habe ich auch die Fälle exceptioniert, die an einer interkurrenten Krankheit verstorben waren und bei denen bei der Autopsie Placentarreste als Nebenbefund gefunden wurden. Es sind dies im Ganzen 118 Fälle. Von diesen habe ich unberücksichtigt gelassen einmal diejenigen Fälle von puerperalen Sepsis, die offenbar durch eine entbindende Operation oder durch instrumentelle Entbindungversuche verursacht wurden und bei denen ein Placentarrest nicht gefunden wurde; es sind dies 3 Fälle. Ferner habe ich 2 Fälle vernachlässigt, wo die puerperale Sepsis von den Harnorganen ihren Ausgang nahm, das Cavum uteri dagegen wenig oder gar nicht pathologisch verändert war und ebenso kein Placentarrest vorhanden war.

Es bleiben also noch 113 Fälle. Von diesen 113 Fällen fallen 10 Fälle in diejenige Gruppe, die an interkurrenten Krank-

heiten an ad Exitum kamen und bei denen Placentarteile bei der Obduktion gefunden wurden. Ueber diese 10 Fälle möge es mir gestattet sein, am Schlusse einige Bemerkungen zu machen.

Nach Abzug dieser weiteren 10 Fälle bleiben noch 103 Fälle von septischen Puerperal-Erkrankungen nach reifer Geburt oder Abort vom 4. Monat ab aufwärts, deren Obduktionsprotokolle mir über das Vorhanden bezw. Nichtvorhandensein von Placentarresten Aufschluss geben konnten. Bevor ich auf diese Fälle und die genaueren Ergebnisse meiner Untersuchungen eingehe, möchte ich noch einige Worte vorausschicken über die Schwierigkeiten, die sich mitunter bieten bei der Beurteilung, ob ein bei der Autopsie im Uterus gefundenes Gewebsteil tatsächlich der Placenta angehört hat, ob nicht.

So sagt Brown-Ferwald in einer Arbeit über „Genital-Blutungen bei Wöchnerinen": Es bilden sich, wie dies Schneider gelehrt hat, Niederschläge von Fibrin aus den Uteringefässen auf die raue Placentarstelle und ein starkes Hervortreten der placentaren Thromben scheint ihre Entstehung zu begünstigen. Diese, der Placentarstelle anhaftenden Blutgerinsel, welche oft Partien der Decidua einschliessen, werden irrtümlicher Weise oft für Placentarreste gehalten und kommen in den Leichen der Wöchnerinnen recht häufig vor."

Auch Küstner ist der Ansicht, dass bei der Section leicht Täuschungen unterlaufen können. Er verlangt zum sicheren Beweise unbedingt die mikroskopische Untersuchung.

Diesem Umstand habe ich bei der Durchsicht meines Materials Rücksicht getragen und nur solche Fälle der einen oder anderen einverleibt, wo anatomisch kein Zweifel bestand oder — wie ich des öfteren gefunden habe — eine mikroskopische Untersuchung etwa gefundener suspekter Gewebsteile stattgefunden hatte. Aus diesem Grunde habe ich 2 weitere Fälle ausschalten müssen.

Der eine Fall (38) enthält in der anatomischen Diagnose kein Wort über einen Placentarrest, trotzdem ist der spez. Befund über die der Placentarstelle anhaftenden Massen sehr verdächtig, sodass es mir richtiger erschien, ihn nicht in die Statistik aufzunehmen.

Der andere Fall (50) enthält in der anatomischen Diagnose den Befund „Placentarreste"?. Die mikroskopische Untersuchung stützt die Behauptung nicht, es heisst da: „Die Placentarstelle zeigt einen Belag mit wenig zelligen Elementen", sodass ich auch diesen Fall als unsicher nicht berücksichtigt habe.

Von den übrigen 101 Fällen möge es mir erlaubt sein, der Bequemlichkeit halber einen Fall zu eliminieren.

Ich wähle zu diesem Zwecke Fall 11 aus, bei dem es sich um einen Tetanus puerperalis ohne Vorhandensein eines Placentarrestes handelte, übrigens eine Krankheit, die man wohl an sich nicht schlechtweg als „septische" Wochenbettserkrankung bezeichnen kann.

Unter den 100 Fällen von puerperalen Sepsis nach rechtzeitiger Entbindung oder Abort vom 4. Monat an fanden sich bei der Obduktion Placentarreste

20 mal = 20 %.

Wie erinnerlich fand Winter 11 %.

Breipohl stellt 14 Todesfälle an puerperaler Sepsis zusammen; unter diesen fand sich bei der Section (lt. Tabelle) einmal ein Placentarrest = 7,14 %.

Es bleiben also 80 Fälle, die keinen Placentarrest aufzuweisen haben. Es würde zu weit führen, würde ich alle Fälle namentlich anführen; da die letzten 80 Fälle ja auch wenig von Belang sind, so möchte ich jetzt auf die 20 Fälle eingehen, wo sicher ein Placentarrest bei der Obduktion zu konstatieren war.

Unter den 20 Fällen von Placentarresten befinden sich 7 Fälle, bei denen die Sepsis oder Peritonitis anatomisch nachweisbar nicht von dem zurückgebliebenen Placentargewebe ausging, sondern ohne Zweifel andere Ursachen hatte.

Ich lasse diese Fälle im Auszuge folgen:

1. (Fall 2.) W. E. 23 Jahre, gestorben am 12. Dez. 1900.

Klinische Diagnose: Febris puerperalis, Septi caemie, Lues II.

Anatomische Diagnose: Septicopyaemia, puerperalis, ausgehend von eitriger Thrombophlebitis der Cervix uteri und des rechten Parametriums, fettige Degeneration des Myokards, Oedem der Lungen . . . . . Placentarreste im Uterus, Endometritis et vaginitis puerperalis. Decubitalgeschwür in der Regio lumbalis.

. . . . .

. . . . . Im hinteren oberen Teile des Fundus in der Ausdehnung etwa eines Daumenballens höckrige, teilweise zer-

fetzt aussehende graurötliche Auflagerungen, bei deren Abhebung reichlich thrombosierte Venen sichtbar werden. . . .

Anamnese: Partus am 30. XI. Angeblich totfaules Kind im 7. Monat. Placenta soll vollständig gewesen sein. Am 2. Dez. wegen hohen Fiebers Austastung des Uterus nach Placentarresten mit negativem Resultat.

2. (Fall 3.) K. G. 37 Jahre, gest. 9. III. 01.

Klinische Diagnose: Abscess. parametr. dextri permagnus. Mellanoma. lab minoris dextr.

Anatomische Diagnose: Parametritis dextra ex puerperio mit ausgedehnter Abscessbildung in der rechten Bauchschwarte vor dem Scheidengewölbe; Incission am ligamentum Pouparti, beiderseits und im fornix Vaginae. Drainagen, fettige Degeneration und Adipositas des Herzens. Operiertes Melanosarcom der rechten kleinen Schamlippe mit multiplen Metastasen . . . . Metritis, Endometritis puerperalis, Placentarreste im Uterus . . .

. . . . . .

. . . . . Besonders schlaff, weich und dünn erscheint diese Partie der hinteren Wand. Sie enthält eine grosse Anzahl thrombosierter Venen, die Thromben teilweise braunrot, teilweise graugelb, nirgends erweicht . . . .

Anamnestisch ist zu erheben, dass die Geburt gegen Ende Februar durchgemacht wurde.

3. (Fall 28.) B. O. 23 Jahre, gest. 19. VII. 07.

Klinische Diagnose: Peritonitis diffusa. Sepsis (Febris puerperalis.)

Anatomische Diagnose: Sepsis puerperalis, ausgehend von einer Lymphangitis der Cervix, übergreifend auf das retroperitoneale Bindegewebe.
Diffuse eitrige Peritonitis, eitrige Pyelitis, Uretheritis, Pyelonephritis; beginnende eitrige Pleuritis rechts . . . .

. . . . . Auf der vorderen Wand des Corpus vom Fundus bis an Muttermund reichend ein 6 ctm grosser, 2 ctm tiefer Placentarrest, der der Wand fest anhaftet. Im Uebrigen das Cavum von leicht abstreifbaren Blutgerinseln bedeckt. . .

Anamnese: Wegen Fehlens der klinischen Krankengeschichte nicht zu erheben.

4. (Fall 29.) M. A. 30 Jahre, gest. 19. II. 07.

Klinische Diagnose: Abortus septicus, Sepsis.

Anatomische Diagnose: Eitrige Endometritis cervicalis. Placentarreste im Fundus. Diffuse eitrige Peritonitis, Cholelithiasis, Kalkherde in den Bifurkations — Hilus — und portalen Drüsen . . . . .

. . . . . Cervixcalkanal für einen Finger durchgängig. Seine Wand stark eitrig belegt. Auf der Kuppe des Fundus ein einhalb kastaniengrosser Placentarrest.

Anamnese: Ein Tag ante Exitum vorsichtige Excochliation.

5. (Fall 54.) K. V. 21 Jahre, gest. 2. V. 07.

Klinische Diagnose: Sepsis puerperalis.

Anatomische Diagnose: Akute eitrige Peritonitis, im Puerperium. Entzündlicher Placentarrest im Corpus uteri; leichter Einriss der Portio . . .

. . . . . Scheide dunkelblaurot, stark geschwürig zerfallen, links starker Einriss. Uterushöhle Apfelsinen gross. Cervixschleimhaut dunkel injiziert mit Eiter bedeckt. Im Fundus uteri an der Wand festsitzend eine kleine, handtellergrosse Granulationsmasse. Uteruswand in der Umgebung grau, Granulationsmassen mit blau und roten Punkten besetzt.

Die Gefässe der Uteruswand sind sehr weit, am weitesten in der Granulationsmasse ohne Inhalt, mit stellenweiser Verfärbung der Wand.

6. (Fall 66.) L. St. 24 J., gest. 3. X. 07.

Klinische Diagnose: Sepsis puerperalis, Lungenödem.

Anatomische Diognose: Extraperitoneale, jauchige Beckenphlegmone durch doppelte Perforation des Scheidengewölbes (Geburt vor 8 Tagen). Puerperaler Uterus, Septikopyaemie. . . . . .

. . . . . Uterus ca. mannsfaustgross; rechts bis hoch ins Parametrium eine frische Narbe, links ebenfalls, jedoch nicht

so hoch hinaufreichend. Zwischen Blase und hinterer Symphysenwand ein gänseeigrosser, mit jauchigem Eiter gefüllter Abszess . . . . Markstückgrosse Placentarreste auf der vorderen Fläche des Fundus uteri. Schleimhaut des Cavum leicht fetzig aber nicht schmutzig verfärbt. Portio vaginalis bedeutend fetzig umgewandelt. Vaginalschleimhaut schmutzig verfärbt mit ziemlich ausgedehnten Substanzverlusten versehen, an dem vorderen und hinteren Scheidegewölbe findet man je ein Loch, welches eine allmählige Communikation mit dem Eiterherd darstellt.

Klinisch ist zu erwähnen ein Zangenversuch mit nachfolgender Perforation und Kranioklasie. Cervikalriss rechts ins Parametrium, links Cervixriss von 3 ctm Länge.

7. (Fall 113.) M. G. 32 Jahre, gest. 20. III. 05.

Anatomische Diagnose: Sepsis, diffuse eitrige Peritonitis, linksseitige Parametritis. Rechtsseitige akute eitrige Oophoritis. Im Cavum uteri Placentarreste ohne besondere Beschaffenheit. (Partus vor 10 Tagen.)

. . . . . Cavum uteri nahezu vom Umfang eines Gänseeies. An der hinteren Wand zum Fundus hin zottige, fetzige Auflagerungen, zum Teil missfarbig weich, der Wandung fest anhaftend . . . .

Die oben angeführten sieben Fälle (Fall 54 ist als unsicher zu bezeichnen) dürften wohl zeigen, dass der bei ihnen gefundene Placentarrest nicht für den tötlichen Ausgang der Sepsis verantwortlich zu machen ist. Ferner ist unter den bleibenden 13 Fällen mit Placentarresten einer, bei dem die klinische Krankengeschichte beweist, dass auch hier die puerperale Sepsis mit ihrem tötlichen Ausgange nicht dem Placentarteil zur Last gelegt werden darf; der Vollständigkeit halber lasse ich auch ihn im Auszuge folgen:

Fall 114. M. D. 25 Jahre, gest. 4. IV. 08.

Klinische Diagnose: Gastro-Enteritis? Nephritis.

Anatomische Diagnose: Puerperale Streptokoccensepsis, akute diffuse, eitrige Peritonitis, ausgehend von einer jauchig-eitrigen Endometritis, urethritis, parametritis und salpingitis . . . . Uterus puerperalis im 8. Monat (2 Tage post partum.)

. . . . . Cavum uteri mit geronnenem Blut gefüllt, daneben an der hinteren Wand unregelmässige, der Unterlage adhacrente, warzige Auflagerungen, die auf dem Durchschnitt maschige Höhlräume erkennen lassen, das Ganze überzogen mit einer rötlich-gelben eiterähnlichen Schleimmasse.

Klinisch ist zu bemerken: dass die Patientin mit sehr hohem Fieber, das schon mehrere Tage dauerte, gravide im 8. Monat, ein Tag ante exitum aufgenommen wurde. Sie wurde noch am selben Tage von einer abgestorbenen Frucht entbunden und starb am nächsten Tage unter denselben septischen Erscheinungen, die sie auch schon bei der Aufnahme geboten hatte.

Auch hier unterliegt es wohl kaum einen Zweifel, dass nicht das Zurückbleiben der Placentarreste die Ursache für den tötlichen Ausgang abgab, sondern dass die Frau einer schon vor der Geburt bestehenden septischen Allgemeinerkrankung erlag; man darf ja nur die kurze Dauer der Erkrankung nach der Entbindung in Betracht ziehen.

Es bleiben nunmehr noch 13 solche Fälle zu erörtern, bei denen die Retention von Placentarfällen anatomisch nachgewiesen werden konnte, ohne dass man sonst einen anderen Ausgangspunkt für die Sepsis hätte verantwortlich machen können. Ich habe mich bemüht, in diesen Fällen auf die klinische Krankengeschichte zurückzugreifen, insbesondere festzustellen, bei wie vielen von ihnen intra vitam eine Ausräumung oder Austastung des Uterus vorgenommen wurde. Leider ist diese Zusammenstellung nicht ganz vollständig, denn das klinische Material stammt aus 5 verschiedenen Instituten, ausserdem sind ja auch vereinzelte Fälle, besonders von infiziertem Abort, nicht als puerperale Sepsis diagnostiziert und somit die diesbezüglichen Krankengeschichten belanglos geworden. Es wäre auch meiner Ansicht nach ganz verkehrt, wollte man bei den Fällen von Placentarretention, die ad exitum kamen und bei denen eine manuelle Ausräumung vergenommen worden war, dieser Operation allein die Schuld an dem letalen Ausgange zuschreiben. Zu entscheiden, ob der Exitus wegen oder trotz der manuellen Ausräumung erfolgt ist, dürfte sich wohl vorläufig sehr schwierig, ja unmöglich gestalten und deswegen verbietet sich auch in dieser Beziehung

aus dem vorliegenden Material in irgend einer Richtung hin feste Schlüsse zu ziehen. Ich lasse in Kürze einen Ueberblick über die 12 fraglichen Fälle folgen:

1. (Fall 4.) A. E., gest. 27. III. 01.

Anatomische Diagnose: Sepsis puerperalis bei eitriger, diphterischer Endometritis (Placentarreste) und Geschwüre der Cervix. Metritis der Cervix. . .

Klinisch: Am 14. III. Abgang mit 6 Monaten, seitdem Fieber; kein Eingriff erfolgt.

2. (Fall 5.) K. H., gest. 14. X. 01.

Anatomische Diagnose: Allgemeine Septikopyaemie, ausgehend von jauchig-diphteroider Endometritis (Placentarreste, jauchige Thrombophlebitis der rechtsseitigen Uterinvenen fortgesetzt bis zur Vena cava inferior).

Klinisch: Geburt vor einigen Tagen, mehr nicht zu eruieren.

3. (Fall 7.) M. Sch., gest. 19. I. 02.

Anatomische Diagnose: Akute Sepsis, ausgehend von jauchiger Endometritis der Placentarstelle (Placentarreste).

Klinisch: Drei Tage ante Exitum Ausräumung wegen Fieber.

4. (Fall 27.) A. H., gest. 19. IV. 07.

Anatomische Diagnose: Endometritis gangränosa, post partum. Placentarreste in der rechten Tubenecke des Corpus uteri mit einem linsengrossen Abscess in demselben. . . .

Klinisch: Nach der Geburt wurde wegen Blutung tamponiert und Lösung von Placentarteilen vorgenommen. Bald darnach trat Fieber auf.

5. (Fall 31.) M. R., gest. 1. II. 08.

Anatomische Diagnose: Puerperaler Uterus mit Placentarresten, Endometritis purulenta. Weicher Milztumor. . . .

Klinisch: Placenta wurde vom Arzt vollständig befunden; von einem manuellen Eingriff nichts ersichtlich.

6. (Fall 42.) A. E., gest. 13. II. 09.

Anatomische Diagnose: Sepsis puerperalis. Eitrige Endo-, Para- und Perimetritis, Abscess im rechten Ovarium, eitrige Peritonitis diffusa. Placenta zum kleinen Teil noch an der Placentarstelle haftend, vollständig zersetzt.

Klinisch: Partus praematurus drei Tage vor dem Tode. Placenta wurde zweimal in Narkose manuell entfernt.

7. (Fall 63.) M. Sch., gest. 15. VII. 07.

Anatomische Diagnose: Diffuse, eitrige Peritonitis, Abscess über der rechten Bechenschaufel, verjauchter Placentarrest im Uterus. . . .

Klinisch: 5. VII. Spontangeburt. 12. VII. Curettement.

8. (Fall 84.) E. B., gest. 20. II. 09.

Anatomische Diagnose: Puerperale Sepsis (Sturzgeburt). Septischer Milztumor. (Puerperaler Uterus mit Placentarresten.)

Klinisch: Parturiens wurden nicht untersucht, Geburtsdauer 4 Stunden 15 Minuten. Placenta kam sponat und wurde für vollständig befunden.
NB. Von einer Sturzgeburt ist aus dem Geburts- und Wochenbettsjournal nichts zu ersehen.

9. (Fall 91.) M. U., gest. 16. X. 09.

Anatomische Diagnose: Diffuse eitrige peritonitis. Placentarrest im puerperalen Uterus.

Klinisch handelt es sich um einen Abort mit nachfolgendem Curettement.

10. (Fall 93.) M. F., gest. 9. XII. 09.

Anatomische Diagnose: Sepsis. Puerperale Endomitritis, diffuse, eitrige, fibrinöse Peritonitis.

. . . . . Im linken oberen Tubenwinkel liegt in einem ca. 5 Markstück grossen Bezirk schwammiges, grobporiges Gewebe von ca. $1^1/_2$ ctm Dicke, der Muskulatur auf . . .

Klinisch: Geburtsjournal nicht eingesehen.

11. (Fall 108.) W. P., gest. 19. I. 05.

Anatomische Diagnose: Linksseitige eitrige Salpingitis. Diffuse eitrige Peritonitis. (Abort vor 14 Tagen, unvollständige Placentarausräumung.)

Klinisch: Abort im 5. Monat, mehr nicht zu ersehen.

12. (Fall 110.) A. J., gest. 9. XI. 05.

Anatomische Diagnose: Sepsis post abortum, Hypostase und beginnende Pneumonie des rechten Unterlappens. . . . Placentarreste im Fundus uteri.

Klinisch: Journal nicht eingesehen.

Fasse ich nun das Ergebnis zusammen, so zeigt sich, dass unter den 12 Fällen mit Placentarresten, bei denen anatomisch nichts gefunden wurde, was gegen die Annahme des Placentarrestes als Ausgangspunkt der tötlichen Sepsis spräche, 5 mal eine manuelle Ausräumung oder Curettage vorgenommen wurde. Es ist nicht unberechtigt, auch diesem Umstande bei der Suche nach dem Ursprung der tötlichen Sepsis Rechnung zu tragen. Es bleiben noch 7 Fälle (5, wenn ich von den beiden Fällen absehe, von denen das Journal nicht eingesehen wurde), bei denen weder anatomisch noch klinisch irdend etwas gefunden wurde, was dagegen spräche, die zurückgebliebenen Placentarteile als Krankheits- und in letzterer Linie als Todesursache zu betrachten.

Ehe ich zum Schlusse komme, möchte ich noch kurz einige Fälle erwähnen, bei denen die Autopsie das Vorhandensein von Placentarteilen ergab, die im Verlaufe von einem Tag bis mehreren Wochen nach der Geburt an anderen, nicht septischen Krankheiten zugrunde gingen. Es sind dies 10 Fälle; 4 Fälle gingen an einer rapid verlaufenen Tbc. zugrunde, ohne von seiten des Placentarrestes Störungen gezeigt zu haben, und zwar im Verlauf von 8 Tagen bis zu 3 Wochen post partum. (Fall 33, 35, 41 und 81.)

1 Fall kam im Verlauf von 10 Tagen an excessiver Anaemie infolge grosser Blutverluste unter und nach der Geburt ad Exitum. (Fall 1)

Je 1 Fall starb an Typhus abdom., Gesichtserysipel und an den Folgen eines Sturzes aus der Höhe mit Schädelbasis-

fraktur. (Tag der Entbindung leider nicht ersichtlich.) (Fall 24, 59, 72.)

1 Fall erlag einer Perforationsapendicitis, die mehrere Tage vor der zu früh erfolgten Niederkunft einsetzte, am Abend des Entbindungstages. (Fall 26.)

1 Fall endlich war 14 Tage post partum fieberfrei und starb an einer schwer verlaufenen, plötzlich einsetzenden Pneumonie innerhalb weniger Tage. (Fall 48.)

Vollständig wertlos für die Beurteilung der Gefährlichkeit von Placentarresten für das Leben der Wöchnerin sind natürlich — abgesehen von dem Fall von Verblutungstot, der auch auf den Placentarrest zurückzuführen ist — jene Fälle, in denen der Tod sofort oder einige Tage nach der Entbindung eintrat, da sich ja gar nicht absehen lässt, wie sich das Wochenbett ohne Dazwischentreten der letalen Erkrankung weiter gestaltet hätte. Jedenfalls glaube ich die Statistik jener Fälle, die beweisen sollen, dass Placentargewebe im Uterus zurückbleiben kann, ohne schwere septische Erscheinungen zu machen, um einige vermehrt zu haben.

Fassen wir nun das Resultat meiner Untersuchungen noch einmal kurz zusammen, so komme ich zu folgendem Ergebnis:

Unter 100 Fällen ausgesprochener septischer Erkrankungen im Wochenbett, die tötlich verliefen, fanden sich bei 20 - 20% Placentarreste im Uterus vor. Von diesen 20 Fällen ging nach dem anatomischen Befunde und dem klinischen Verlauf bei 8 Fällen die tötliche Erkrankung sicher nicht von den Placentarteilen aus.

Unter den restierenden 12 Fällen wurde bei 5 eine manuelle oder instrumentelle Ausräumung vorgenommen, sodass sich nicht mit Sicherheit behaupten lässt, ob das Zurückbleiben und die Verjauchung der Placentarreste schliesslich den Tod durch allgemeine Sepsis herbeigeführt hat, oder ob durch die Manipulationen im Uterus die Keime verschleppt wurden und so eine Allgemein-Infektion erzeugt wurde.

Bei den übrigen 7 Fällen ist der Gegenbeweis gegen die Schädlichkeit der Placentarreste nicht erbracht, wenngleich andrerseits auch nicht einwandfrei feststeht, dass sie allein als Causa nocens zu betrachten und für den tötlichen Ausgang verantwortlich zu machen seien.

Winter fand, wie erwähnt, unter 53 Fällen 6 11 % Placentarreste (gegen 20 %). Er beweist aber, dass diese 11 % nicht in Betracht kommen, da in 4 Fällen anatomisch ein anderer Ausgangspunkt der Sepsis gefunden wurde, und in den beiden anderen Fällen nach der klinischen Krankengeschichte für die Schuld der Placentarreste am Tode der Wöchnerin nichts bewiesen ist.

Winter hat also keinen Fall zu verzeichnen, wo man den Placentarrest nur mit einiger Wahrscheinlichkeit als Todesursache ansehen könnte. (Gegen 7 Fälle.)

Wenn auch zugegeben werden mag, dass vielleicht meine Statistik dadurch, dass ich auch Frühgeburten mit in den Kreis meiner Betrachtungen gezogen habe — es sind allein unter den Fällen mit Placentarresten: 6 — mehr zu Ungunsten des Placentarrestes ausgefallen ist, so geben doch die 7 % mit Placentarresten ohne andere ersichtliche Todesursache zu denken. Immerhin glaube ich aus meinem Material gezeigt zu haben, dass vielleicht doch die Furcht vor den im Uterus zurückgebliebenen Placentarteilen zu gross ist. Doch wäre es verkehrt, sich jetzt schon über diese so enorm wichtige Frage ein Urteil bilden zu wollen und in der Behandlung des Puerperalfiebers von einem Extrem in das andere zu fallen; das ist ja auch sicher nicht Winter's Absicht gewesen bei der Veröffentlichung seiner Arbeit

Jedenfalls gebührt ihm das grosse Verdienst, ganz neue Gesichtspunkte in der Behandlungsfrage des Puerperalfiebers geschaffen zu haben. Weiteren, grösseren Arbeiten wird es in Zukunft vorbehalten bleiben, völlige Klarheit in diesem Punkte zu schaffen und zu zeigen, ob seine Meinung die richtige ist oder nicht.

Zum Schlusse komme ich der angenehmen Pflicht nach, meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Döderlein für die Ueberlassung der Arbeit, sowie Herrn Privatdozent Oberarzt Dr. Hörmann für seine liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

LEBENSLAUF.

Geboren bin ich am 19. September 1885 zu Frankfurt a/O. als Sohn des Kaufmanns Louis Simon und seiner Ehefrau Bertha, geborne Lagowitz. Ich besuchte in meiner Heimatstadt das kgl. Friedrichs-Gymnasium und bestand daselbst am 15. III. 1904 die Reifeprüfung. Meine Studien begann ich an der Universität Freiburg im Sommer 1904, studierte dann die beiden nächsten Semester in Berlin, um vom vierten Semester an dauernd nach München überzusiedeln. Hier bestand ich auch am Anfang des sechsten Semesters die ärztliche Vorprüfung und am Ende des 10., am 5. Mai 1909, das ärztliche Staatsexamen. Meine Praktikantenzeit absolvierte ich (8 Monate) am städtischen Krankenhause zu Frankfurt a/O., die letzten 4 Monate an der kgl. dermatologischen und laryngologischen Poliklinik hierselbst.

Felix Simon.

LITTERATUR.

Adler und Kraus: Ueber die manuelle Placentarlösung. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäk. Bd. XXV.

Ahlfeldt und Stühler: Klinische Erfahrungen über Placentarretention nebst bakteriologischen Untersuchungen. Monatsschr. für Geburtshilfe und Gynäk. Bd. XII.

Andreas: Ueber den Verlauf des Wochenbetts nach operativen Eingriffen, Inauguraldissert. Marburg 06.

Beatus: Zwei Fälle unvollständiger Verwachsung der Placenta mit der Gebärmutter. Ref. Centralbl. f. Gynäk. Nr. 47, 06.

Breipohl: Die puerperalen Todesfälle der Marburger Univ.-Frauenklinik in der Zt. vom 1. IV. 83—31. X. 1900. Inauguraldiss. Marburg 1909.

Frommels: Jahrbücher für Geburtshilfe 1907. pag. 638.

Hohl: Lehrbuch der Geburshilfe. Leipzig 1855.

Hegar: Die Pathologie und Therapie der Placentarretention für Geburtshelfer und prakt. Aerzte verarbeitet. Berlin, Hirschfeld 1862.

Hüter: Die Mutterkuchenreste, Monatsschr. für Geburtsh. und Frauenkh. Bd. IX.

Ingerslew: Ueber Retention von Eiteilen und Placentarresten mit bes. Rücksicht auf die Behandl. Centralbl. für Gynäkol. 1883 pag. 815.

Küstner: Schwierigkeiten bei der forensischen Begutachtung von zurückgebliebenen Nachgeburtsteilen. Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 27.

Matheus: Ueber Wochenbetterkrankungen nach geburtshilflichen operativen Eingriffen. Inauguraldissert. Würzburg 1900.

Münnekehoff: Die Fälle von künstlicher Lösung der Placenta nebst Erfolgen in der Münchner Univ.-Frauenklinik während der Jahre 1892—96. Dissert. 1896.

Puppel Richd.: Ueber die Beziehungen der Eihaut und Placentarretention zum Puerperalfieber. Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 64, Heft 3.

Puppel Ernst: Retention von Eihäuten und Placentarresten als Ursache des Wochenbettfiebers. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie. Bd. 65, Heft 2.

Richard: Contribution à l'etude du traitement de rétentions placentaires aprés l'avortement. Diss. Paris 06. Ref. Centralbl. für Gynäkologie Nr. 33.

Seyffarth: Ueber manuelle Lösung von Placenta und Placentarresten nach reifer Geburt. Dissert. Berlin 01.

Straube: Ueber die derzeitige Prognose der künstlichen Placentarlösung. Inauguraldiss. Breslau 07.

Tissier: Retentio Placentae. Ref. Paris 06. Centralbl. für Gynäkologie Nr. 56.

Vogel: Zur manuellen Placentarlösung. Inauguraldiss. Leipzig 1903.

v. Winkel: Handbuch der Geburtshilfe.

Winter: Lokale Behandlung puerperaler Infektionskrankheiten. Bericht der deutschen Ges. f. Gynäkologie, Strassbg. 1909.